№ 14. Wien. Freitag den 5. April 1861. VII. Jahrg.

Oesterreichische

Zeitschrift für praktische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium

der

medicinischen Facultät in Wien.

Redigirt von Prof. Dr. **v. Patruban.**

Inhalt: ***Chirurgische Mittheilungen.*** Von Prof. ***Bryk. 1. Ein Beitrag zur Proktoplastik beim Scheidenafter. — 2. Die Knopfnaht bei der Tracheotomie. — Fälle von Syphilis.*** Von Dr. ***Josef Hermann,*** Vorstand der Abtheilung für Syphilis und Hautkrankheiten im k. k. Krankenhause Wieden. (Schluss.) — ***Mittheilungen.*** Aus der gerichtsärztlichen Praxis psychiatrischer Section. Gerichtsärztlicher Bericht über den Geistes- und Gemüthszustand des Quirin P., angeklagt des Verbrechens der Störung der öffentlichen Ruhe, und der öffentlichen Gewaltthätigkeit, mitgetheilt von Dr. Schumacher, k. k. Professor zu Salzburg. Facultätsangelegenheiten. — ***Journalauszüge. — Miscellen, Amtliches, Personalien.***

Chirurgische Mittheilungen.

Von Prof. Dr. ***Bryk*** *in Krakau.*

1. Ein Beitrag zur Proktoplastik beim Scheidenafter.

Die operative Behandlung des angebornen Scheidenafters (Atresia ani vaginalis) (Pappendorf) wurde erst in neuester Zeit mit Erfolg unternommen, und lassen sich die hieher einschlägigen Verfahren auf zwei Hauptmethoden zurückführen. Man incidirt entweder vom Mittelfleisch aus alle über dem blind anliegenden Mastdarmende liegende Schichten sammt Darm und lässt den auf solche Weise zwischen Schleim- und äusserer Haut erzeugten Wundcanal im Wege der Eiterung zur Heilung gelangen — Proktotomie; oder man verwendet nach Blosslegung und Spaltung das Rectum, dessen Schleimhaut zur Umsäumung der Wundflächen, indem man sie mit den allgemeinen Decken des Dammes durch Knopfnähte vereinigt — Proktoplastik. Beide Methoden bieten zahlreiche Varianten dar, jenachdem man sogleich bei der Operation auf die Beseitigung der Rectovaginalfistel Bedacht nimmt, oder ihre allmälige Verschrumpfung und Schliessung der Natur, nach Umständen später hierauf abzielenden Encheiresen überlässt.

Mit Rücksicht auf die letzt erwähnte Complication lässt sich sowohl die Proktotomie, als auch die Proktoplastik auf eine doppelte Art ausführen, davon die eine durch Trennung der zwischen Rectum und Vagina befindlichen Scheidewand und Verlängerung des Schnittes in das blinde Mastdarmende und Mittelfleisch bis nahe an das Steissbein mit der Afterbildung zugleich Schliessung der Mastdarmscheidenfistel zu erzielen sucht (Proktotomie nach J. Rhea Barton, Martin und Proktoplastik nach Dieffenbach. Blasius), die zweite sich lediglich auf die einfache oder kreuzförmige Spaltung der Mittelfleischschichten und des blind endenden Mastdarmes auf einer durch die Fistelöffnung eingebrachten und im Damme einen deutlichen Vorsprung bildenden Hohlsonde beschränkt. Im letztern Falle trachtet man nach der Proktotomie entweder durch Einlegung von Wicken und andern passenden Erweiterungsmitteln die Vernarbung des Wundcanals und endliche Consolidirung des Afters herbeizuführen, hingegen die in der Scheide befindliche Oeffnung theils zur spontanen Verschrumpfung mittels Einlagen von Canülen in den After und Fernhaltung der Fäcalmassen von derselben, theils durch Aetzmittel und Naht zum Verschluss zu bringen (Löwenhardt, Starpless); oder man heftet die Mastdarmschleimhaut in die Incisionswunde des Dammes mit Knopfnähten an und überlässt die Mastdarmscheidenfistel der freiwilligen Verengerung und allmälig vor sich gehenden Schliessung — Proktoplastik nach Amussat, H. Friedberg. Indem ich auf die ausführliche in Virchow's Archiv Bd. 17 p. 147 von Letzterem gegebene kritische Beleuchtung beider Operationsmethoden bei angeborner Aftersperre verweise, erlaube ich mir folgenden Fall der nach dem letzterwähnten Verfahren ausgeführten Proktoplastik beim angebornen Scheidenafter anzuführen.

Eine gesunde Bäuerin, deren Schwangerschaft, ohngeachtet einer im vorletzten Monat erlittenen heftigen Quetschung des Unterleibes nach Niederfallen auf den Boden dennoch ihr normales Ende erreichte, wurde von einem gesunden Mädchen entbunden, bei dem die Afteröffnung vollkommen geschlossen war, dagegen Meconium und später Fäcalstoffe durch die Vulva ungehindert abgingen. In den ersten Wochen gedieh das Kind vortrefflich, später gegen den 6. Lebensmonat fing es an abzumagern und litt häufig an hartnäckiger, oft mehrere Tage dauernder Stuhlverstopfung, wogegen Ricinusöhl in Anwendung gezogen wurde. Bei der Untersuchung zeigte sich die Afteröffnung geschlossen und an ihrer Stelle beiläufig $^1/_4$″ hinter der Scheidencommissur eine bei 3‴ lange und 2‴ breite leicht gerunzelte Hautfalte sichtbar. Bei starkem Drängen und Schreien des Kindes wölbte sich das Mittelfleisch halbkugelförmig hervor und fiel sogleich darauf trichterförmig ein. Entfernte man die grossen Schamlippen von einander, so sah man das Hymen nur an den Seiten der Vulva durch schmale leistenartige Falten angedeutet, nach hinten dagegen war es völlig geschwunden, und an dieser Stelle eine linsengrosse Oeffnung mit gewulsteten hochrothen Rändern, durch welche man mittels einer elastischen Bougie von Nr. 3 hoch hinauf in den Mastdarm gelangen, dagegen eine gebogene Metallsonde nur nach vorne etwa $^1/_4$″ von der Scheidencommissur, nicht aber nach hinten gegen das Steissbein durch das Mittelfleisch fühlen konnte. Bei Sondirung drang nebst Gas eine geringe Menge consistenter Fäces bei der Fistel hervor und überzeugte man

sich dabei, dass der Gang sich nur auf die dicht an einander liegenden Wände der Vagina, und das Rectum erstreckte. Das 11 Monat alte Kind war übrigens abgemagert, nahm nur ungern die Brust, war sehr unruhig, hatte einen empfindlichen, besonders auf der linken Seite aufgetriebenen, bei der Percussion dumpf erschallenden Unterleib und litt seit 12 Tagen an Stuhlverhaltung.

Bei der Operation (am 23. November v. J.) wurde das Kind wie zum Perinäal-Blasenschnitt gelagert, und eine gebogene Hohlsonde durch die Fistelöffnung in den Mastdarm eingeführt, so dass ihre Spitze im Mittelfleische an der oben angedeuteten Stelle deutlich durchgefühlt werden konnte. Hierauf machte ich $^1/_4$" hinter der Vulva, entlang der Raphe einen zolllangen Einschnitt in den Damm bis nahe an das Steissbein, wodurch die vorhin erwähnte Hautwulst in der Mitte gespalten und nach einigen Messerzügen die Spitze der Sonde im oberen Wundwinkel entblösst wurde. Dabei zeigte sich, dass das blinde Mastdarmende nach vorne gegen die Scheide tiefer zur Mittelfleischebene reichte, als nach hinten gegen das Steissbein, was sich ohnehin aus den vorherigen Sondirungsversuchen mit Wahrscheinlichkeit vermuthen liess. Ich musste daher im hintern Wundwinkel etwa $1^1/_2$" hoch mit dem Scalpell vordringen, bevor es gelang, den von Fäcalmassen aufgetriebenen und beim Schreien und Drängen des Kindes halbkugelförmig sich vorwölbenden Darm völlig zu entblössen. Dieser wurde nun mit einem scharfen Hacken gefasst, sowohl nach hinten und zu beiden Seiten, als auch nach vorn bis an die Fistelöffnung von der Umgebung lospräparirt, sodann nach völliger Spaltung in der Richtung der Dammwunde mit Sperrpincetten gefasst, und nach aussen geleitet, wo er nach vorläufiger Abtragung der Hautwundränder in einer Ausdehnung von beiläufig 1—2‴ durch 8 Hefte der Knopfnaht an die allgemeinen Decken geheftet wurde, so dass die Schleimhaut einige Linien weit nach aussen hervorgestülpt erschien. Die Blutung während der Operation war unbedeutend und erwies sich die neuangelegte Afteröffnung für den Zeigefinger bequem durchgängig. Eine Stuhlentleerung stellte sich nach der Operation nicht sogleich ein, daher die erreichbaren Scybala theils mit dem Finger, theils mit einer Spatel vorläufig entfernt werden mussten.

In den ersten Tagen erhielt das Kind zur Beförderung der allmäligen Entleerung des Darmes kleine Gaben Ricinusöhl und erweichende Klystire; am 4. Tage erfolgte zum erstenmal ein reichlicher Stuhlgang; die Hefte wurden am 5. Tage entfernt, nachdem der Darm, mit Ausnahme eines einige Linien schmalen Streifens zunächst der Vulva, mit der Haut per primam intentionem verwuchs. Die äusserliche Behandlung beschränkte sich auf die grösstmöglichste Reinhaltung der Wunde, insbesondere nach jeder Stuhlentleerung, Bäder, später Cauterisationen mit Höllenstein der noch granulirenden Wundstelle. Bis zum 15. Tag erfolgte völlige Vernarbung; die bisher wulstig um die Afteröffnung vorgedrungene Schleimhaut zog sich immer mehr hinauf, wobei sich der After zusammenzog, die Stuhlgänge regelmässig 1—2mal des Tages erfolgten und bei der Vulva keine Fäcalstoffe mehr zum Vorscheine kamen. Die Fistelöffnung verlor ihre hochrothen, gewulsteten Ränder und war bei Entlassung des Kindes aus der chir. Klinik am 23. Dezember merkbar verengert, so dass man durch dieselbe kaum eine Bougie Nr. 1 durchschieben konnte. Die Mastdarmschleimhaut zog sich völlig nach der Darmhöhle zurück, und begrenzte als ein blassröthlicher Saum den faltenreichen und einen daselbst eingelegten Finger deutlich umschnürenden After.

Es ergibt sich aus dieser Beobachtung zuerst die Folgerung, dass durch die Proktoplastik der natürliche Ausleerungsweg für den Darminhalt rascher und sicherer hergestellt wird als durch die Proktotomie; man vermeidet die vielfachen in Folge der Zusammenziehung des Narbengewebes nach dem letztgenannten Verfahren nöthig werdenden Nachoperationen, erspart dem Kinde mühsame und qualvolle Dilatationsversuche und kürzt die Dauer der Nachbehandlung wesentlich ab. Es zeigt sich ferner, dass in bestimmten Fällen des Scheidenafters, zumal wenn die Entfernung des Darmes von der Mittelfleischebene nicht bedeutend ist und der Fistelgang sich blos auf das Septum recto-vaginale beschränkt, eine spontane Obliteration der abnormen Communicationsöffnung möglich sei, sobald es gelang, den After möglichst rasch mit seinen Umgebungen zur Verheilung zu bringen, und auf diese Weise den Andrang der Kothsäule von der Fistel abzuhalten. Der voranstehende Fall spricht insofern dafür, als man während der 4wöchentlichen Nachbehandlung, selbst damals, wenn diarrhoische Stuhlgänge erfolgten, nie einen Kothabgang durch die Vagina bemerkte, überdiess sich eine sinnenfällige Verengerung der Fistel schon in diesem Zeitraume wahrnehmen hiess, welche bei fortschreitendem Wachsthume des Kindes eine vollständige Schliessung derselben mit Recht in Aussicht stellt. Berücksichtigt man endlich den Umstand, dass das Kind seit dem Tage der Operation täglich meist zwei geformte Sedes hatte, ferner schon in der zweiten Woche beim Beginne der Defäcation hebende und ruckende Bewegungen des Dammes, und nach der Entleerung eine Contraction des Afters beobachtet wurden, letztere übrigens durch die Zusammenschnürung des in den Mastdarm eingelegten Fingers noch deutlicher erkannt werden konnte: so ist bei diesen unzweifelhaften Zeichen der Thätigkeit des Afterschliessmuskels die Besorgniss einer möglicherweise sich nach der Operation einstellenden Incontinentia alvi nicht vorhanden, um so weniger, als durch zahlreiche Erfahrungen bei angeborner Aftersperre die Existenz der Aftermusculatur anatomisch nachgewiesen wurde, und selbst in Ermanglung derselben die Wirkung des Sphincter ani tertius dem unwillkührlichen Stuhlabgange zu begegnen im Stande ist.

2. Die Knopfnaht bei der Tracheotomie.

Die Veröffentlichung des nachfolgenden Falles der Tracheotomie möge durch das praktische Interesse, welches sich daran knüpft, gerechtfertigt werden. Es dürfte die dabei eingeschlagene, von der üblichen abweichende operative Verfahrungsweise aus dem Grunde eine Beachtung beanspruchen, weil dadurch eine wesentliche Erleichterung in der Nachbehandlung der Krankheit erzielt, und die Möglichkeit der Vereinfachung der Tracheotomie, namentlich einer Einschränkung des dazu benöthigten Instrumentenaufwandes unter bestimmten Verhältnissen in Aussicht gestellt wird.

M. S., die 5jährige Tochter eines hiesigen Schneiders, litt seit 5 Tagen an Croupzufällen, wurde mit Brechmitteln, Calomel und Vesicantien behandelt: die Schlundpartien wurden mit einer leichten Höllensteinsolution geätzt. Am 25. Juli

v. J. fand ich bei dem sonst gut genährten Kinde ein livides Antlitz, hochgradige Athemnoth mit protrahirter, pfeifender Inspiration und ganz kurzer Exspiration, schwache Ausdehnung des Thorax bei tiefem Einsinken der Intercostalräume, des Jugulum und der Herzgrube während des Einathmens, vollständige Aphonie mit zeitweise auftretendem, suffocativen Husten ohne Auswurf. Die Percussion ergab mit Ausnahme der Herzgegend überall einen sonoren Ton; vesiculäres Athmen war, trotz der von der Trachea mitgetheilten Geräusche in ruhigen Momenten über den ganzen Thorax hörbar, der Herzstoss verstärkt, Puls sehr klein, ungemein beschleunigt.

Ich schritt sogleich zur Operation und legte nach Durchschneidung einer zwischen Kehlkopf und Sternum erhobenen Hautquerfalte eine 2″ betragende Längswunde in der Mittellinie des Halses an, wodurch die Haut, das unterliegende fettreiche Bindegewebe gespalten und somit die untere Kehlkopf-, sowie die obere Luftröhrengegend zugänglich gemacht wurden. Die Enden einer stark blutenden, in der Schnittlinie gelegenen Hautvene wurden im obern Winkel und im linken Rande der Hautwunde sofort unterbunden und nachdem eine noch tiefere Lage Bindegewebes, so wie die Scheiden der auf der Luftröhre liegenden Musc. sternohyoidei und sternothyreoidei in mehreren vorsichtig auf der Hohlsonde geführten Messerzügen gespalten wurden, gelang es erst, eine einigermassen befriedigende Ansicht des unteren Theils des Kehlkopfs und der obersten Trachealringe zu gewinnen. Eine auf dem obersten Luftröhrenringe aufliegende, etwa erbsengrosse Lymphdrüse trug ich mit der Scheere ab, löste den hoch hinauf über die Trachea reichenden Isthmus der Schilddrüse mit dem Nagel des Zeigefingers möglichst tief ab, und liess ihn mittelst eines stumpfen Hackens in dem unteren Wundwinkel festhalten.

So lag der Ringknorpel und das oberste Stück der Luftröhre vollkommen entblösst und konnte dieser Act, wenn auch wegen der grossen Unruhe des Kindes, dem heftigen Auf- und Niedersteigen des Kehlkopfs bei dem übrigens beengten Operationsfelde immerhin mit Schwierigkeiten verbunden, dennoch ohne Uebereilung vorgenommen werden, da namentlich die Blutung unbedeutend war. Nachdem aber durch Einstossen eines scharfen Hackens in den Ringknorpel der Larynx fixirt wurde, erfolgten heftige Convulsionen und Erstickungszufälle und erheischten eine rasche Eröffnung der Luftröhre, was auch sofort durch Einstechen eines spitzen Bistouris und Trennung der vier obersten Trachealringe erfolgte, und vom Austossen einer grossen Menge mit Luft untermischten blutig gefärbten Schleims mit reichlichen Fibrinflocken unter zischendem Geräusche begleitet war. Die Wundränder der Luftröhre wurden jederseits mit Sperrpincetten gefasst und von einander entfernt gehalten, während ich eine Doppelcanüle einzuführen versuchte, welche sich indess für das Lumen der vorliegenden kindlichen Trachea zu voluminös erwies und obgleich sie in die gemachte Wunde bequem hineinpasste, dennoch in dieselbe nicht eingeschoben werden konnte.

Da ich mich einerseits den Gefahren, welche sich während der Nachbehandlung bei der Anwendung einfacher Canülen zu ereignen pflegen, nicht aussetzen wollte, anderseits die in solchen Fällen in Gebrauch gezogenen operativen Auskunftsmittel mir die Sicherheit einer steten Permeabilität des künstlich angelegten Athmungsweges darzubieten nicht geeignet erschienen, so beschloss ich, durch locker angelegte Hefte der Knopfnaht die Ränder der Trachealwunde mit den

entsprechenden Wundrändern der Haut zu vereinigen, um auf diese Weise die neuetablirte Athmungspforte gegen die Gefahr einer plötzlichen Verschliessung, oder unter Verhältnissen eintretenden Unmöglichkeit ihres Auffindens zu schützen. Zu diesem Ende wurde jederseits eine mit einem Faden vesehene krumme Heftnadel etwa 2‴ vom Luftröhrenrande durch den zweiten Trachealring eingestochen, und mit Umgehung der zwischen liegenden Gewebstrata in derselben Richtung die Haut etwa 3‴ vom Wundrande gefasst, der Faden durchgezogen, und dessen Enden so weit in einen doppelten Knoten geschürzt, als zu einem hinreichenden Klaffen der in der Trachea erzeugten Spalte nothwendig war.

Ich erzielte dadurch eine 4‴ lange, und bei 3—4‴ breite ovale, hinreichend klaffende Oeffnung in der Luftröhre. Das Gesicht des Kindes bekam einen freundlichen, lächelnden Ausdruck, das Athmen wurde ruhiger, der Puls zählte 140, die Respiration 50 in der Minute, Fetzen gelblicher Pseudomembranen wurden während der darauf folgenden Hustenanfälle ohne Beschwerden ausgeworfen. Bei der ausgiebigen Grösse der auf diese Art angelegten Athmungsöffnung glaubte ich von der Einführung einer einfachen Canüle in die Trachea Umgang nehmen zu können, und überliess das Kind unter ärztlicher Bewachung dem sich bald einstellenden ruhigen Schlafe.

Nach dem Erwachen trat ein convulsivischer Hustenanfall ein mit heftigen Erstickungszufällen, welche sich rasch bis zur completen Asphyxie steigerten. Durch die Entschlossenheit des wachhabenden Gehilfen, welcher die in der Wundspalte während dem Schlafe angesammelten, zu einem festen Pfropfe geballten Schleim — und membranösen Massen auszusaugen sich nicht scheute und darauf die künstliche Respiration einleitete, wurde die Gefahr glücklich beseitigt. Dabei riss allerdings die rechte Nahtschlinge aus, allein die Luftröhrenwunde klaffte noch immer hinlänglich und gestattete dem Luftstrom einen genügenden Zutritt. Vorsorglich legte ich eine dünnere einfache Canüle ohne Schwierigkeiten ein, und beschaffte dieselbe mit dem üblichen Druck- und Befestigungsverbande.

Am zweiten Tage befriedigendes Allgemeinbefinden, Puls 120, Respiration 35 in d. M.; die Halswunde mässig geschwollen; das Athmen leicht und ohne Beschwerden durch die Canüle, welche oft herausgenommen und von dem sie verstopfenden mit gelblichen Flocken geronnenen Fibrins gemengten Bronchialschleim gereinigt werden musste, worauf ihre Einführung in die Luftröhre ohne Schwierigkeit geschah. Durch den Mund aufgenommene Getränke flossen sogleich bei der Halswunde heraus. Zur Nahrung Milchbrei und kleine Stücke Bratfleisch. Innerlich keine Arznei.

Am 3. Tage stärkere Schwellung der Umgebung der Halswunde, welche trotz des sorgfältigsten Abspülens mit lauwarmem Wasser und Reinigung mittelst eines Charpiewischers von dem angetrockneten, den Wundflächen anhaftenden Bronchialschleim nicht befreit werden konnte. In dem Auswurfe noch reichlich Fetzen von Pseudomembranen vorhanden; Puls 140, Respiration 45. Bei normalem Percussionston der Brust in beiden Lungen feuchte Rasselgeräusche vernehmbar. Die Canüle wurde definitiv beseitig, einmal, weil die neugebildete Athmungspforte in Folge des Verklebens der Trachearänder mit den seitlich anliegenden Weichtheilen gegen einen zufälligen Verschluss durch Verschiebung der letzteren gesichert erschien, das anderemal ein längeres Verweilen des Instrumentes eine nachhaltigere Reizung der

Trachealschleimhaut besorgen liess, welche bei bereits unzweifelhaften Symptomen der Bronchitis den weiteren Krankheitsverlauf auf eine nachtheilige Weise zu compliciren drohete.

Am 4. Tage entfernte ich die tief in die Halshaut einschneidende linke Nahtschlinge, und liess mit Freilassung der Luftröhrenspalte die Umgebungen der Halswunde warm fomentiren, und dieselbe sorgfältig von dem festhaftenden Bronchialschleim, so wie von dem nur an wenigen Stellen sparsam sich zeigenden Eiter mehrmals des Tags reinigen. Husten häufig, im Auswurfe eine geringe Menge pseudomembranöser Flocken bemerkbar. Puls und Respiration wie gestern; Esslust ungestört, Unterleib offen, Schlaf wenig gestört.

In den folgenden zwei Tagen copiöser Auswurf von eitrigem Bronchialschleim während der häufigeren Hustenanfälle ohne Spuren von Faserstoffgerinseln; physikalische Erscheinungen in den Lungen unverändert; Athmen und Expectoration geschieht ohne Beschwerde durch die nun trichterartig vertiefte und eine freie Einsicht bis auf die hintere Wand der Trachea gestattende Wunde, deren Umgebungen weithin geschwollen, die Ränder hart, aufgewulstet und bei Berührung sehr empfindlich sind, der Grund hingegen nach sorgfältigem Abwischen des Bronchialsecretes mit weissgraulichem, membranösem Exsudate überzogen erschien. Dabei grosse Hinfälligkeit des Kindes, völliger Mangel an Esslust, Diarrhoe. Ausgiebige Aetzung der Wunde mit Höllenstein in Substanz am 6. Tage, trockener Verband mit Offenerhaltung der Athmungsspalte, Amylumklystire. Zur Nahrung Schleimsuppe und Milch.

Am 7. Tage verstärktes Fieber mit häufigeren Husten und rostfarbenen zähen Sputis, welche grossentheils bei der Halswunde und nur theilweise durch den Mund ausgeworfen werden. Rechts unter der Scapula und von der Achselhöhle hinab eine leichte Dämpfung des Percussionsschalles, daselbst an einer umschriebenen Stelle nach hinten im Bereiche des unteren Lungenlappens deutliches bronchiales Athmen, über den übrigen Theil des Thorax sowohl feuchte, als trockene Rasselgeräusche wahrnehmbar. Die im hohen Grade missfärbige, leicht blutende und mit Exsudatmembranen überzogene Wunde sonderte eine dünnflüssige übelriechende Jauche ab. Wiederholte Cauterisation mit Höllenstein; innerlich Decoct. Cort. Peruvian c. Elix. acid. Halleri.

Vom 12. Tage allmälige Abnahme der pneumonischen Erscheinungen mit Nachlass des Fiebers und stellenweise beginnender Reinigung der Wundfläche unter täglich vorgenommenen Aetzungen mit Höllenstein, besonders der noch mit Exsudatschwarten überzogenen Partien. Um den 14. Tag erschien die Wunde mit lebhaft rothen Fleischwärzchen bedeckt, die Stimme begann lauter zu werden; in der Ausdehnung des rechten unteren Lappens vesiculäres Athmen mit feuchtem Rasseln hörbar. Der consistente eitrige Auswurf gelangt bei den übrigens seltenen Hustenanfällen grossentheils durch den Mund, weniger durch die Halswunde nach aussen. Kräftigere Kost.

Am 17. Tage schloss sich die Luftröhrenwunde vollkommen; das Kind erholte sich rasch. Bis zum 20. Tag füllte sich auch die äussere Halswunde bis auf eine oberflächliche etwa zolllange granulirende Hautstelle und sank die bisher noch immer bedeutende Pulsfrequenz von 120 auf 94 Schläge in der Minute. Der Husten hörte ganz auf, die Stimme wurde klangvoll, das Athmen leicht. Zu Ende der 4. Woche vollständige Genesung, welche sich bis auf den gegenwärtigen Zeitpunkt dauernd erhält.

Ohne mich in weitere epikritische Bemerkungen, welche sich aus der Betrachtung dieses Falles von selbst ergeben, ausführlicher einzulassen, will ich sogleich auf die Bedeutung der Knopfnaht bei der Tracheotomie näher eingehen und glaube nach einem allgemeinen Ueberblicke der bisher geübten Behandlungsweisen der Tracheawunde ohne Anwendung der Doppelcanülen zu zeigen, in wiefern sich das im voranstehenden Falle befolgte Verfahren an die bisher bekannten Methoden anschliesse, und demselben unter bestimmten Verhältnissen eine Berechtigung bei der Tracheotomie eingeräumt werden könne. Indem ich auf die Indicationen, welche dasselbe erheischen, weiter unten zurückkommen werde, will ich nur vorläufig bemerken, dass durch die sogleich zu erwähnenden Verfahrungsweisen ein doppelter Zweck angestrebt wurde: Abhaltung jeder Reizung der ohnehin erkrankten Schleimhaut des Athmungsrohres und gleichzeitig permanente Offenerhaltung der künstlich angelegten Athmungsspalte.

Hieher gehört die Abtragung der Ecken eines kreuz- oder T förmigen Schnittes im Lig. ericothyreoideum (Ch. Bell), die Entfernung eines viereckigen, zwei Knorpelringe umfassenden Stückes (Dieffenbach, Chelius), endlich die Ausschneidung eines Ovalstückes (Carmichael, White, Lawrence) aus der vorderen Wand der Luftröhre. Wenn auch diese Excisionen bei Erwachsenen unter bestimmten Verhältnissen ihrem Zwecke entsprechen dürften*), so erheben sich gegen eine solche Operationsweise bei Kindern vielfache Bedenken. Abgesehen von dem Umstande, dass dadurch die rasche Eröffnung der Luftwege, worauf es bei allen in diesem Alter dem Kehlschnitte unterworfenen Fällen hauptsächlich ankommt, ungemein verzögert wird, sind die nothwendig dabei zu setzende Verwundung und die Unsicherheit der also angelegten künstlichen Athmungspforte als nicht zu gering veranschlagende Momente anzusehen, weshalb dieses Verfahren zur allgemeinen Geltung nicht gelangen konnte. Die in der Luftröhrenwandung angelegte Oeffnung kann sich eben so leicht gegen die in den Weichtheilen des Halses vorhandene Wunde schon bei den natürlichen Excursionen des Athmungsrohrs während der Respiration und dem

*) Ich führe bei dieser Gelegenheit eine hieher einschlägige Beobachtung von einem durch das Horn eines Stieres an der vorderen Halsseite verletzten Manne an. Als er am 4. Juli v. J. kurz nach dem Unfalle, in die Klinik gebracht wurde, fand ich am innern Rande des rechten Kopfnickers im Jugulum eine 1½" lange, gerissene, in der Umgebung emphysematöse Hautwunde, durch welche neben einer geringen Menge Blutes, welches auch beim Husten durch den Mund ausgeworfen wurde, die Luft mit zischendem Geräusche beim Athmen aus- und eindrang. Eine nähere Untersuchung des übrigens schlecht genährten, und keine weitere Folgen der Verletzung darbietenden Subjectes zeigte, dass die Luftröhre seitlich unterhalb der Schilddrüse V-förmig eingerissen war, und der so gebildete, aus mehreren Knorpelringen der vorderen und seitlichen Trachealwand bestehende Lappen an der Basis mit der Luftröhre nur nach oben durch eine schmale Zwischenbrücke verbunden war. Die seitlichen Halsgefässe und die Schilddrüse unverletzt. Nach Abtragung der gequetschten Hautränder, und des grossentheils nur lose herabhängenden Lappens aus der vorderen Wand der Luftröhre mit der Scheere wurde die Wunde, so viel es thunlich war, mit Heftpflastern zusammen gezogen, wobei noch ein bedeutender Spalt nach unten zurückblieb, durch welchen die Luft und das Bronchialsecret frei nach aussen gelangten. Dennoch füllte sich die Wunde rasch aus, so dass am 20. Juli der Kranke mit einer kaum erbsengrossen Fistel entlassen werden konnte.

Schlingen verschieben und der künstliche Athmungsweg dadurch vollständig geschlossen werden, wie dieses bei nach üblicher Operationsweise in der Luftröhre gemachten Spalten erfahrungsgemäss vorgekommen ist. Eine von A. M. Edwards (Martini in Schmidts Jhrb. Bd. 97 p. 118) mitgetheilte Beobachtung kann in dieser Beziehung als Beleg dienen, in welcher nach Entfernung der Canüle aus der Luftröhre am 2. Tage nach der Operation, ein über Gesicht, Brust, Hals und Arme ausgebreitetes Emphysem erschien, und ohngeachtet der Geradrichtung des Kopfes ein in hohem Grade bedenklicher asphyktischer Zustand folgte, welcher erst nach Einführung einer Sonde durch die Wunde in die Trachea und Einleitung einer künstlichen Respiration beseitigt werden konnte. Ueberdiess ist sowohl Beengung, als vollkommene Verschliessung der Luftröhrenöffnung durch Hervorquellen von Fettläppchen des Bindegewebes über die Ränder des Hautschnittes bei fettleibigen Kindern, durch nachfolgende Anschwellung der Hautränder und Annäherung derselben gegen die Mittellinie möglich, wodurch Gelegenheit zu gefahrdrohenden Erstickungszufällen gegeben wird. R. Volkmann's (Martini l. c. Bd. 102 p. 79.) Fall liefert dafür den Beweis; hier gelang die Einführung einer Canüle wegen der grossen Sensibilität der Trachea nicht, und wurde die Wunde einfach durch Neigung des Kopfes nach dem Sternum klaffend erhalten. Allein schon am 3. Tage war der Luftzutritt durch Schwellung der Wundränder der Art erschwert, dass man ein gefenstertes Röhrchen einlegen musste, um häufigeren Hustenanfällen und der Athmennoth zu begegnen.

Ein solches Vorwärtsbeugen des Kopfs nach der Brust, verbunden mit halbsitzender Lage des Kranken wurde von Dupuytren als ein Mittel vorgeschlagen, um in Fällen, wo man eine Canüle in die Trachea einzuführen nicht im Stande war, die Wunde für den Luftstrom permanent offen zu erhalten. In der That gelang auch R. Volkmann (l. c. p. 80) die Herstellung eines $3\frac{1}{2}$jährigen Mädchens auf diese Weise, bei dem die eingelegte Canüle nicht vertragen wurde. Dem ohngeachtet lassen sich gegen dieses Verfahren dieselben Einwürfe, wie gegen die vorherbesprochene Excision eines Theils der Luftröhrenwandung machen, wobei noch der gewiss nicht gering zu veranschlagende Umstand in Erwägung kommt, dass bei der bekannten Unruhe der Kinder, den heftigen und häufig sich wiederholenden Hustenanfällen eine für solche Fälle wünschenswerthe Lagerung trotz der sorgfältigsten Beaufsichtigung und Pflege kaum in den seltensten Fällen auf eine befriedigende Weise zu erreichen sein dürfte.

Die permanenten Dilatatoren von Gendron Morand, Mastieurat-Lagémard, durch welche man die Tracheawunde ohne Canülen offen zu erhalten und die Anwesenheit eines fremden Körpers in der Luftröhre zu vermeiden suchte, ferner die auf dieselbe Weise construirten Erweiterungshalsbänder (Colliers dilatateurs) sind mit Recht in Vergessenheit gerathen. Sie sind nicht nur schwer zu beschaffen, allein sie erfüllen nicht einmal den Zweck, wesshalb sie angewendet werden, weil sie schwer in der gehörigen Lage zu erhalten sind, durch den Contact mit der Wunde eine rasche Anschwellung derselben herbeiführen und somit zur Verengerung der Spaltöffnung in der Luftröhre noch bevor der Larynx frei geworden ist, beitragen, endlich weil sie, wie das Instrument von Garin durch Druck auf die Halsgefässe und dadurch begünstigte Hirncongestion schaden.

Aehnlich wie diese wirken die bei verschiedenen Anlässen in Anwendung gezogenen hackenförmig gebogenen Drahthäckchen, womit man die Luftröhrenwunde offen zu erhalten suchte, nachdem die Enden mittelst Fadenbändchen über dem Nacken befestigt worden sind. W. V. Bird's Fall beweist, wie ungenügend eine solche Erweiterung sei, indem am dritten Tage nach der Operation in Folge der allzu raschen Granulationsbildung eine hochgradige Athemnoth entstand und eine Vergrösserung der Oeffnung in der Luftröhre nothwendig wurde. Sicherer scheint noch das Auskunftsmittel von Valleix (Barthez und Rilliet Handb. d. Kinderkrst. Deutsch von Hagen Bd. 1, p. 365) zu sein, welcher in Ermanglung von Dilatatoren zwei Stricknadeln zu Häckchen umbog, auf jeder Seite eine davon in die Trachea einstach und nachdem er an jeden Knopf einen Faden befestigt, die Enden derselben im Nacken zusammenknüpfte und durch entsprechenden Zug vorher ein Auseinanderstehen der Wundränden der Luftröhre bewirkte. Wenn auch A. Puech (Martini l. c. Bd. 97 p. 124) in einem Falle nach der Tracheotomie die Nachbehandlung auf diese Weise mit günstigem Erfolge zu Ende führte, so musste Gärtner (ibid. p. 111) die Nadeln alle 3—4 Stunden wechseln und war schliesslich zum Gebrauche eines aus Messingdraht improvisirten Dilatators gezwungen, welcher in der Mitte spiralförmig gewunden, an beiden Enden mit ein oder zwei scharfen Häckchen versehen war, die auf die innere Fläche der Trachea zu liegen kommen. (Schluss folgt.)

Fälle von Syphilis.

Von Dr. ***Josef Hermann****, Vorstand der Abtheilung für Syphilis und Hautkrankheiten im k. k. Krankenhause Wieden.*

(Vorgetragen in der Plenarversammlung des Doctoren-Collegiums der med. Facultät am 4. März 1861.)

(Schluss.)

Diese und hundert andere, im täglichen Leben der syphilitischen Praxis vorkommenden Thatsachen lehren hinreichend, dass die Diagnose der constitutionellen Syphilis eines pathognomonischen Zeichens entbehre, dass sie nicht unfehlbar, nicht exact sei. Ist aber dieses Argument erschüttert, so wird es nicht schwer fallen, den zweiten Anhaltspunct der Diagnose, den ursächlichen Zusammenhang mit der primitiven Affection, als vollkommen unstichhältig nachzuweisen. Ich habe nur drei Fälle vorgeführt und unter diesen ist nur der zweite, wo drei Jahre vorher ein Schanker vorhanden war. Bei der dritten Kranken, die doch gegenwärtig an der Coryza syphilitica (sogenannt), an Periostitis der Nasenknochen, an sogenannten secundär syphilitischen Rachen- und Nasenschleimhautgeschwüren leidet, lässt sich, so weit menschliche Beurtheilung ausreicht, eine Praecedenz der Syphilis nicht nachweisen. — Die erste Kranke endlich wurde allerdings mit Mercur wegen angeblicher Syphilis geschmiert: allein ist der Dammriss bei einer Geburt, einige Flecken der Haut, welche die Kranke seit ihrer Jugend hat, schon Syphilis, welche die Schmiercur erfordert? Sprechen nicht vielmehr die Umstände, dass sie bloss mit einem Manne im geschlechtlichen Umgange gelebt habe, dass der Mann gesund sei, und sie bis zu ihrer Entbindung nicht verlassen habe, dass das Kind vollkommen gesund zur Welt kam, und noch gegenwärtig sich der besten Gesundheit erfreue; sprechen nicht diese Umstände dafür, dass die Kranke nicht primär syphilitisch afficirt war? — Lässt demnach die constitutionelle Syphilis schon in ihrer Erscheinung eine exacte

Diagnose nicht zu, so hinkt in um so höherem Grade die ätiologische Begründung derselben; denn die Fälle, in denen ein Zusammenhang mit dem Schanker nicht zu erweisen ist, sind so viele, dass, wenn man sie als Ausnahmsfälle ansehen wollte, man die Ausnahme zur Regel machen müsste. Diese letztere Wahrheit haben die grössten Syphilidologen anerkannt, und auf Mittel gedacht, diese empfindliche Lücke in ihrem Systeme mindestens zum Scheine auszufüllen. Auf diese Art wurde der verborgene Harnröhrenschanker Ricord's geboren und fungirt heute noch als beliebter Sündenbock für so manche Fälle, wo ein gesundes Urtheil eines unbefangenen Arztes einen Zusammenhang einer bestimmten Krankheit mit der primären Syphilis nicht zu finden vermag. Auf dieselbe Art entstand die Lehre von der Uebertragbarkeit der constitutionellen Syphilis durch die Narbe nach Schanker, durch den männlichen Saamen, durch die Geburt und durch die Vererbung auf das zweite und dritte Glied der Familie. Ich bin weit entfernt, in die Erfahrungen einzelner Aerzte einen Zweifel zu setzen; ich gestehe zu, dass mancher Arzt eine Frau mit Syphilis zur Behandlung bekommt, deren Ehegatte eine Schankernarbe hat, schon desshalb, weil dieser Fall auch oft vorkommen dürfte, wo der Mann keine Schankernarbe besitzt; ich gebe zu, dass manche Eltern Kinder erzeugen, die früher oder später wirkliche, oder bloss dafür gehaltene Syphilis bekommen; schon desshalb, weil die Ansteckung der Kinder durch andere Personen mindestens in eben dem Bereiche der Möglichkeit liegt, als durch die Eltern: allein ich muss feierlichen Protest gegen die systematische Lehre einlegen, dass man mit einer Narbe, mit dem männlichen Saamen Syphilis erzeuge und verpflanze, dass man, wenn man je an Schanker litt, syphilitische Kinder zur Welt bringe, und dass die Syphilis der Eltern oft das 1., 2., 3. Kind verschone, und erst auf das 4., 5. Kind überspringe. — Solche Lehren haben keinen grösseren Werth, als die Anschauung von Caspar Torella, nach welcher die primäre Syphilis durch den Zusammenstoss mancher Planeten, vielleicht von Jupiter und Venus, entstand, während allerdings die constitutionelle Syphilis erst dann sich entwickelte, als Venus, dem Jupiter untreu, sich in die Arme Mercurs warf.

Nachdem wir aus diesen Erörterungen gesehen haben, dass die Diagnose der constitutionellen Syphilis überhaupt jeder unerschütterlichen Basis entbehre, dass man weder ein einzelnes, die Krankheit von jeder anderen unbedingt unterscheidendes, pathognomonisches Merkmal, noch einen solchen Symptomencomplex besitze, welcher der Syphilis allein zukommt; nachdem wir weiterhin gesehen haben, dass selbst die ätiologische Begründung der Diagnose nicht stichhältig sei, dass sich der ursächliche Zusammenhang einer für constitutionelle Syphilis angenommenen Form durchaus nicht mit Evidenz erweisen lasse: so werden Sie es, meine Herren! gerechtfertigt finden, wenn ich diesen schwankenden Boden der Diagnostik verlasse, frei von jeder vorgefassten, oder in der Schule eingeprägten Meinung, einen neutralen Standpunkt einnehme, und von da aus nach einer gründlichen Erkenntniss der betreffenden Krankheitsformen strebe.

Nach meiner individuellen Anschauung und nach meiner Erfahrung stehen nun diese und ähnliche Formen unbedingt nicht in einem ursächlichen Zusammenhange mit der Syphilis, sondern sie gehören der chronischen Hydrargyrose an. Diese meine Diagnose glaube ich durch Folgendes begründen zu müssen:

Erstens. Zur Erkenntniss der Natur und Wesenheit einer gegebenen Krankheitsform gehört, gewiss nach der Ansicht eines jeden Arztes, vor Allem die möglichste Bestimmung der die Erkrankung zunächst bedingenden Ursache. Bei dem Auftreten einer bisher unbekannten Krankheit und insbesondere bei einem epidemischen Auftreten derselben geht vor Allem das Streben der Aerzte mit Recht dahin, die nächste Ursache ihrer Entstehung, Entwicklung und beziehungsweise ihrer Fortpflanzung aufzudecken; ich erinnere unter Anderem an die wissenschaftlichen Arbeiten der Aerzte über Cholera. —

Das nun bis auf eine kurze Vergangenheit brach liegende Feld der Aetiologie, dieser Basis der medicinischen Diagnostik, hat durch die pathologische Anatomie und durch die pathologische Chemie einen wunderbaren Aufschwung genommen; und wir bekommen täglich Einsicht in die Natur von Krankheiten, von der man früher keine Ahnung hatte; ich erinnere unter anderen an Lorinser's geistvolle Arbeiten über Phosphornekrose und jene Arsenikvergiftung, die durch die grünen Tapeten und durch das Mitisgrün der Farbe der Wände hervorgerufen wird. — Eine solche pathologisch-anatomische oder chemische Bestimmung der nächsten Ursache von Krankheiten ist nun gewiss nach der Ansicht aller Aerzte massgebend auf die Bildung der Diagnose, und es wird in dieser Beziehung Niemand zweifeln, dass z. B. ein gegebener Symptomencomplex Helminthiasis, Blei-, Phosphor-, Kupfer-, Arsenikintoxication diagnostisch benannt werde, wenn man die Taenia sieht, wenn man Blei, Phosphor, Kupfer, Arsenik, in den Se- oder Excreten des erkrankten Organismus chemisch nachzuweisen im Stande ist. Ja man kann behaupten, dass eine auf solcher Basis construirte Diagnose eine exacte sei. —

Wenn ich nun in vollem Einklange mit diesen Prämissen bei einer grossen Anzahl von Krankheitsformen auf dem gleichen, pathologisch-chemischen Wege in den Secreten des Organismus Mercur nachweise, und folgerichtig für diese Formen die Benennung chronische Hydrargyrose zum Unterschiede der bekannten acuten Mercurialvergiftung annehme: so habe ich offenbar nichts anderes gethan, als nach dem Postulate der Wissenschaft auf ihrer gegenwärtigen Höhe für so manche räthselhaften Krankheitsformen eine exacte Diagnose gesucht.

Zweitens. Die genaue Erkenntniss der nächsten Ursache einer Krankheit ist zugleich der Angelpunct, um den sich unser Heilverfahren dreht: mit der Hebung, Entfernung, Paralysirung der schädlich einwirkenden Ursache ist entweder schon die Genesung gegeben, oder doch mindestens ermöglicht. Je schneller und sicherer die Heilung einer Krankheit mit der Hebung des nächstursächlichen Momentes erfolgt, und je dauernder, von Recidiven freier die Genesung ist, mit desto mehr Bestimmtheit lässt sich sagen, dess eben die angegebene Ursache die ursprüngliche, vielleicht alleinige Quelle der Erkrankung sei. Wir sind nun in so vielen Fällen durch dieselben wissenschaftlichen Forschungen der pathologischen Anatomie und Chemie, durch welche wir die veranlassenden Ursachen kennen lernten, zur Kenntniss der Mittel gelangt, die ursächlichen Momente der Krankheit zu heben, zu neutralisiren, durch die Secrete auszuscheiden. Ich erinnere an die glänzenden Heilerfolge durch Jod, Chlor und Brom bei Metallintoxicationen.

Wenn ich nun dem gemäss bei den als Hydrargyrose erkannten Formen Jod und Chlor mit seinen Präparaten zu dem Zwecke anwende, um, wie die pathologische Chemie zur Evidenz nachweist, die Ausscheidung des Mercurs durch diese Mittel zu bewirken und Heilung zu erzielen, so habe ich wohl nichts anderes gethan, als einer wissenschaftlich begründeten Diagnose eine wissenschaftlich begründete, somit rationelle Therapie folgen lassen.

Drittens. Der Schwerpunkt der ärztlichen Wissenschaft liegt endlich in dem praktischen Resultate, in der wirklichen Heilung. Jede neue Theorie, jeder Eingriff in ein altgewordenes System, jede Reformlehre der Heilkunde kann erst durch den Erfolg eine Berechtigung zu einer selbstständigen Existenz erlangen. —

Ich habe nun binnen meiner dritthalbjährigen Wirksamkeit im k. k. Krankenhause Wieden unter nahezu 2000 syphilitischen Kranken mehr als 500 Fälle der benannten Art und strenge nach den erörterten Grundsätzen behandelt und die glücklichsten Erfolge erzielt: mit Ausnahme zweier Kranker, deren einer nach durch ein volles Jahr gebrauchter Calomelcur mit allgemeinem Hydrops, mit granulirter Leber zur Aufnahme kam und starb, der andere nach durch 2 Jahre angewandter Mercurialcur einer Hoden- und Darmtuberculose erlag, und bei denen beiden im Leben und nach dem Tode Mercur zweifellos nachgewiesen wurde, mit Ausnahme dieser zwei Fälle, wurden Alle in verhältnissmässig kürzerer Zeit, als bei jeder anderen Heilmethode, vollständig und dauernd geheilt. Auf dieser positiven Basis der ätiologischen uud diagnostischen Begründung, sowie auf der Grundlage der therapeutischen Resultate ruht nun meine Anschauung über constitutionelle Syphilis und jene Reformlehre, nach welcher die bisher für constitutionelle Syphilis gehaltenen Formen der chronischen Hydrargyrose angehören.

Mittheilungen.

Aus der gerichtsärztlichen Praxis psychiatr. Section.

Gerichtsärztlicher Bericht über den Geistes- und Gemüthszustand des Quirin P., angeklagt des Verbrechens der Störung der öffentlichen Ruhe, und der öffentlichen Gewaltthätigkeit.

mitgetheilt von Dr. ***Schumacher***, k. k. Professor zu Salzburg.

Quirin P., 41 Jahre alt, katholisch, unverheirathet, in Tirol zu R. geboren, erhielt einen mangelhaften Schul-Unterricht, weil er schon mit 9 Jahren aus dem Hause seiner Eltern kam, kann daher nur etwas lesen und seinen Namen schreiben. Er erlernte das Steinmetzhandwerk, und arbeitete an verschiedenen Orten zur Zufriedenheit seiner Meister. Von Jugend auf zur Schwermuth geneigt, konnte er sich widrige Ereignisse schwer aus dem Kopf schlagen. An Sonn- und Feiertagen trank er zuweilen mehr Bier, als sein zum Blutandrang und Schmerzen geneigter Kopf ertragen konnte, und gerieth wiederholt in Stänkereien, die seine Abstrafung zur Folge hatten. Am Frohnleichnamstage Vormittags ging er mit seinem Bruder vom Bräuhause weg auf die Gasse, und blieb bei einem Hause stehen, an dessen Wand Kundmachungen affigirt sind. Hier las er ein Telegramm, und äusserte zu den Umstehenden mit lauter Stimme: »Haltet euch bei diesen Lügereien nicht auf, es ist ja ohnehin Alles erlogen, was da oben steht«. Einem Anwesenden, der ihn aufmerksam machte, dass diese Aeusserung eine Staatsbeleidigung sei, erwiderte er: »Geht Sie das etwas an?« und entfernte sich. Ein eben anwesender Polizeiwachmann eilte ihm nach: er ergriff die Flucht, wurde aber eingeholt, und leistete bei seiner Haftnahme einen bedeutenden thätlichen Widerstand.

Befund. Quirin P. ist kräftig gebaut, sein Gesichtausdruck ist schwermüthig, sein Benehmen ängstlich. Etwas angetrunken, wie er angibt, habe er die dumme Aeusserung gemacht, dass Alles, was angeschlagen, erlogen sei, er wusste aber nicht, um was es sich handelte. Die Auslegung dieser Aeusserung, als Staatsbeleidigung habe ihn ungemein erschreckt, und als er sah, dass man ihn arretiren wolle, glaubte er etwas Anderes sehr Grosses verschuldet zu haben, ergriff die Flucht und leistete Gegenwehr, obwohl er nun einsehe, dass das Gelingen der Flucht nicht wahrscheinlich war, und er sich dadurch noch schuldiger machte. Seit seiner Verhaftung fühle er sich über sein Vergehen ganz unglücklich, er habe bei Tag und Nacht keine Ruhe, seine Seele sei so befangen, dass er zeitweilig nicht wisse, wie es mit ihm stehe, es kämen ihm allerlei Gedanken, deren Ungrund er wohl bald wieder selbst einsehe, könne sich aber denselben nicht ganz entschlagen.

Nach dem Berichte des Kerkermeisters äusserte sich der Angeklagte zu demselben, dass zwei beim Verhöre anwesende Zeugen aus seinem Gerichte in der Heimat seien, dass sein Kerkercamerad derselbe Polizeiwachmann sei, der ihn arretirte, dass sein Vater gestorben sein müsse. Ueber den Grund dieser Aeusserungen befragt, zeigte er sich sehr befangen, und gab an, es sei ihm so vorgekommen, dass es sich so verhalte, er sehe nun bei ruhiger Ueberlegung wohl ein, dass er sich, wahrscheinlich wegen Aehnlichkeit, geirrt habe, es kämen ihm in seiner Seelenangst über seine Lage bisweilen solche Vorspieglungen vor, die er nicht gleich beseitigen könne.

Der Angeklagte beantwortet die an ihn gestellten Fragen schnell und logisch richtig, verräth aber dabei eine tiefe Gemüthsbewegung und Zerknirschung. Der abgesondert vernommene Kerkercamered gibt an, dass Quirin P. vorzüglich bei der Nacht sehr unruhig sei, halbe Nächte herumgehe, plötzlich aus dem Bette springe und rufe: »Was habe ich gethan!« dass er sich bald an-, bald ausziehe, wenig spreche, und fortwährend über seine Lage brüte.

Gutachten. Aus der Erhebung und dem Befunde resultirt, dass Quirin P. an Illusionen und Hallucinationen leide, dass sich aber später das Gefühl der Täuschung einstelle und er seinem Wahne widerspreche, wahrscheinlich um nicht als irrsinnig zu erscheinen. Illusionen und Hallucinationen sind bekanntlich die Vorläufer und Begleiter von Geistes- und Gemüthskrankheiten, und es unterliegt keinem Zweifel, dass der sehr geängstigte und schwermüthige Angeklagte bei länger dauernder Haft, wo er sich nur mit seiner traurigen Lage beschäftiget, in Melancholie verfallen werde. Es ist auch nicht unwahrscheinlich, dass dieser ängstliche und tiefsinnige Mann, als er nach seiner Aeusserung über das Telegramm sah, dass man ihn arretiren wolle, in der Meinung, er müsse etwas Grosses verschuldet haben, bei diesem plötzlichen, unerwarteten und vermeintlich unverschuldeten Angriff auf seine Freiheit, in eine solche Verwirrung gerieth, die ihn hinderte, seinen Verstand dem gegenwärtigen Zwecke gemäss zu verwenden. Ein ungetrübter Verstand musste einsehen, dass ein Entrinnen an einem Tage, wo es in den Strassen von Menschen wimmelte, unmöglich sei. Aus dem Gesagten erhellt, dass Quirin P. zeitweilig und vorüberge-

hend des freien Gebrauches seiner Vernunft beraubt, und demnach dessen Zurechnungsfähigkeit eine geminderte sei.

Da Quirin P. zur Zeit der begangenen Störung der öffentlichen Ruhe und der öffentlichen Gewaltthätigkeit möglicher Weise im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit sich befunden haben konnte, und der Beweis des Gegentheiles nicht geliefert werden kann, anderseits aber nicht erwiesen vorliegt, dass Quirin P. bei Begehen des einen oder des anderen Verbrechens wirklich im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit sich befunden habe, vielmehr aus der ganzen Untersuchung und der Schlussverhandlung sich wesentliche Gründe gegen diese Annahme ergaben, so wurde Quirin P. aus Unzulänglichkeit der Beweismittel freigesprochen.

Facultätsangelegenheiten.

Montag den 8. April, 7 Uhr Abends findet im Consistorial-Saale die eilfte Jahresfeier der Reorganisation der wissenschaftlichen Thätigkeit des Doctoren-Collegiums statt. Das Programm haben wir in Nr. 11, S. 174 bereits mitgetheilt.

Journalauszüge.

Sehr belehrend ist ein von Dr. Larquet in der Gazette des hôpitaux (Nr. 15) beschriebene Fall einer durch den Bauchschnitt glücklich gehobenen inneren Einklemmung: Ein kräftig gebauter Zimmermann hatte sich durch körperliche Anstrengung im Jahre 1838 eine Leistenhernie der rechten Seite zugezogen, welche durch ein Bruchband 22 Jahre lang im weiteren Vordringen verhindert wurde. Im Verlaufe des Novembers 1860 traten plötzlich die Erscheinungen einer heftigen Incarceration ein. Dr. Larquet konnte bei der sorgfältigsten Untersuchung der rechten Leistengegend keine hernióse Wölbung entdecken; der Finger konnte ganz leicht in den Leistenkanal, welcher ausser dem Saamenstrang nichts beherbergte, eingeführt werden; dagegen zeigte sich zwischen Annulus inguinalis und Spina iliaca a. sup. eine orangegrosse harte fixirte Geschwulst, welche alle Charactere einer eingeklemmten Bruchgeschwulst, jedoch innerhalb der Bauchwand darboth. Da die gewöhnlichen Mittel, Ricinusöhl, Clystiere mit zugesetztem Crotonöhl, die äusserliche Anwendung der Belladonna, Bäder, die Application des Galvanismus etc. ohne irgend welche Erleichterung zur Anwendung gebracht worden waren, entschloss sich L. zur Operation: der Kranke wurde chloroformirt; ein Schnitt, parallel dem Poupart'schen Band legte die Muskelschichten bis auf die Fascia transversa bloss; nachdem auch letztere gespalten worden war, gelang es, die Geschwulst nach aussen zu ziehen, ihren Peritoneal-Ueberzug auf der Hohlsonde zu eröffnen und im Inneren eines wahren birnförmigen Bruchsackes eine 15 Centimetres lange im Bruchsackhalse strangulirte Darmschlinge zu entdecken, welche nach Trennung mehrerer fibröser Stränge frei gemacht, jedoch nicht ohne Schwierigkeit in die Bauchhöhle zurückgeführt wurde. Die Wunde wurde durch die Knopfnaht theilweise geschlossen. Allsobald nach vollführter Operation hörte das Erbrechen auf, es traten Stuhlentlerungen ein. Im Verlaufe allmählich fortschreitender Reconvalescenz trat binnen drei Wochen volle Genesung ein. — Dieser Fall zeigt doch mit Bestimmtheit, welch' grossartige Erfolge chirurgische Eingriffe, mit anatomischen Wissen und der gehörigen Delicatesse unternommen, selbst in verzweifelten Momenten haben können.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Stand der Mitglieder der Wiener medicinischen Facultät. Im Decennium 1851—1861 ist die Zahl der Facultätsmitglieder von 389 auf 594 gestiegen. Da in diesem Zeitraume ein Abgang von 107 Mitgliedern statt hatte, so kamen auf einen abgegangenen 3 neue Ersatzmänner. — Die Zahl der absolvirten Hebammen beträgt 1075, so dass gegenwärtig — bei einer für Wien entfallende Zahl von 9700 Häusern, ungefähr auf je 9 Häuser eine Geburtsfrau kommt.

Herr Primarius Dr. Türk in Wien und Prof. Czermak in Prag haben bei der am 26. März in Paris vorgenommene Vertheilung der Monthyon'schen Preise in der Académie des Sciences für ihre Arbeiten im Gebiete der Laryngoskopie eine Mention honorable und die Prämie von 1200 Franks erhalten.

Der Kreisthierarzt Andreas Würzl wurde zum Landesthierarzt für Oberösterreich ernannt.

Zur ärztlichen Industrie: Das Annoncenwesen macht, wie begreiflich, noch immer Proselyten; eine neue Form, nemlich die Angabe des Preis-Courants für eine Cur in toto, oder per ambulatorische Visite, macht sich nun auch schon geltend, wie im Wiener Fremdenblatt zu ersehen ist; auch im Auslande hat diese Art zu inseriren seine Jünger gefunden, denn in einer Nummer des Unterhaltungsblattes für den Kreis Schleiden (in Preussen) findet sich, wie die medic. Central-Zeitung (Nr. 21) meldet, folgendes Inserat: Von jetzt ab verschreibe ich im Hause jedes Recept zu 2½ Sgr. Dr. B. in B — Es lebe die Concurrenz!

Aus dem ärztlichen Kreise wurden zu Abgeordneten für die demnächst zu eröffnenden Landtage gewählt:

Für Niederösterreich: Dr. Kopp in ssichtwang, Wundarzt Kalteis in Seekirchen.

Für Salzburg: Die Wundärzte: Gottler in Hof-Gastein, Pantsch in Unterdorf und Lainer in St. Michael.

Für Böhmen: Dr. Fleischer in Leitmeritz, Dr. Greger in Ledetsch, Prof. Hammernjk in Prag, Dr. Kodym in Kosteletz, Dr. Kralert in Pilgram Dr. Kral in Rakonitz, Dr. Mayer in Winterberg, Dr. Porak in Trautenau, Prof. Prerkyně in Prag, Dr. Schicha in Kuttenberg, Dr. Schröder in Dauba, Dr. Stětka in Kuttenberg, Dr. Tedesco in Prag, Dr. Wiese in Aicha.

Für Mähren: Dr. Fritz in Iglau, Dr. Stolz in Hohenstadt.

Für Steiermark: Dr. Hafner in Hainz.

Für Krain: Dr. Bleiweiss in Laibach.

Für Görz und Istrien: Dr. Padovan in Parenzo, die Wundärzte Barzan in Pisino, Winkler für Görz und Zadro für Lussin.

Für Dalmatien: D. Ghiglianovic in Zara.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgemeinen Krankenhause wurden vom 26. März bis 1. April incl. 377 Kranke, um 15 weniger wie in der Vorwoche aufgenommen. Der Krankenstand variirte zwischen 2148 und 2096, und war am 1. d. M.: 2148 (1222 Männer, 926 Weiber). — Lungentuberculose, katarrhalische Erkrankungen und Pneumonien kamen verherrschend, Typhen in Mehrzahl zur Aufnahme.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Befördert.

UA. Dr. Franz Tüske vom Garn.-Spital I. in Prag zum OA. beim 33. Inf.-Rgt.

Feld.-Geh. Ignaz Unzeitig vom 51. Inf.-Rgt. zum UA. im Rgte.

" Isak Gusmann vom Garn.-Spital zu Gratz zum UA. beim 27. Inf.-Rgt.

" Johann Unger vom 12. Artill.-Rgt. zum UA. im Rgte.

" Franz Huschak vom 12. Artill.-Rgt. zum UA. im Rgte.

Transferirt:

OA. Dr. Johann Demele v. 49. Inf. Rgt. z. Garn.-Spital zu Triest.

" Dr. Ludwig Josef Jenner, Garnisonsarzt in der Franzensfeste zum Garn.-Spital zu Krakau.

Personalien.

Dr. v. Breuning in Wien wurde von dem Institut egyptien in Alexandrien zum Correspondenten, von dem Seutin-Vereine in (Poln-) Lissa zum Ehren-Mitgliede erwählt.

Diejenigen P. T. Herren Pränumeranten, deren Pränumeration mit Ende März ablief, werden ersucht, dieselbe baldmöglichst zu erneuern, damit in der Versendung des Blattes keine Unterbrechung stattfinde.

Druck von Anton Schweiger in Wien.